



New Jersey Office of the Attorney General

Division of Consumer Affairs
Wheelchair Lemon Law Unit
P.O. Box 45026
Newark, New Jersey 07101
(973) 504-6226
(800) 242-5846

Instrucciones para Rellenar la Aplicación para la Resolución de Disputa de la Ley de Limón de Sillas de Ruedas Motorizadas

Por favor complete la aplicación imprimiendo claramente. Sea exacto y detallado. Tiene que adjuntar **copias** de todos los documentos relacionados con el problema o problemas que tiene con el vehículo incluyendo el contrato de ventas o el contrato de alquiler, órdenes de servicio o reparos y la correspondencia entre usted y el fabricante, o sus concesionarios autorizados. **No mande los documentos originales.**

Por favor, tenga en cuenta que cualquier información que usted provea en la aplicación puede estar sujeta a escrutinio público. Si se hace una investigación sobre el asunto, la información estará disponible al público solamente después que la investigación haya sido terminada. Usted también está avisado que la aplicación es un "documento del gobierno", sujeto a escrutinio público de acuerdo con la ley "Acta de Documentos Abiertos al Público" (Open Public Records Act or OPRA), así como los documentos remitidos con su queja.

Además le avisamos que de acuerdo con la Orden Ejecutiva N° 26, 4. b. 1., información historial médica, psiquiátrica o psicológica, diagnosis, tratamiento o evaluación pertinente a cualquier individuo, no es documento del gobierno y no está sujeta a revelación pública.

Firme y devuelva la aplicación completa, con **las copias de los documentos**, a New Jersey Division of Consumer Affairs, Lemon Law Unit, PO Box 45026, Newark, NJ 07101

La Unidad de la Ley de Limón examinará su aplicación para ver si está completa y elegible. Si se acepta la aplicación, se le notificará y se le pedirá (solamente después de ser aceptada) por un pago de trámite de \$50 dólares. No mande el pago de trámite hasta que usted no sea notificado. Si su aplicación ha sido rechazada, se le devolverá a usted el pago y la razón o razones por la cual fue rechazada.

Por favor acuérdesese de firmar y poner la fecha en la aplicación. Si no completa todas las preguntas o no entrega todos los documentos requeridos, se le puede rechazar su aplicación.

Nota: La decisión del Director de la División de Asuntos del Consumidor bajo este programa es vinculante a las dos partes, y sujeta al derecho de que ambas pueden apelar a la Corte Superior. Usted puede consultar un abogado antes de su participación en este programa, ya que el fabricante será representado por uno.



New Jersey Office of the Attorney General

Division of Consumer Affairs
Wheelchair Lemon Law Unit
P.O. Box 45026
Newark, New Jersey 07101
(973) 504-6226
(800) 242-5846

Aplicación para la Alternativa Resolución de Disputa de la Ley de Limón de Sillas de Ruedas Motorizadas.

Por favor, tenga en cuenta que cualquier información que usted provea en la aplicación puede estar sujeta a escrutinio público. Si se hace una investigación sobre el asunto, la información estará disponible al público solamente después que la investigación haya sido terminada. Usted también está avisado que el formulario de queja es un “documento del gobierno”, sujeto a escrutinio público de acuerdo con la ley “Acta de Documentos Abiertos al Público” (Open Public Records Act or OPRA), así como los documentos remitidos con su queja.

Además le avisamos que de acuerdo con la Orden Ejecutiva N° 26, 4. b. 1., información historial médica, psiquiátrica o psicológica, diagnosis, tratamiento o evaluación pertinente a cualquier individuo no es documento del gobierno y no está sujeta a revelación pública.

1. INFORMACIÓN DEL CONSUMIDOR

_____		_____		_____	
Apellido	Nombre	Segundo Nombre			
_____		_____	_____	_____	_____
Dirección de calle		Ciudad	Estado	Código Postal	Condado
_____			_____		
Teléfono en casa (incluya prefijo)			Teléfono en el trabajo (incluya prefijo)		
_____			_____		
Facsímil (incluya prefijo)			Correo electrónico		

2. INFORMACIÓN DEL ABOGADO (Si un abogado lo va a representar, dé la siguiente información):

_____		_____		_____	
Apellido	Nombre	Segundo Nombre			

Nombre de la Compañía donde el abogado trabaja					
_____		_____	_____	_____	_____
Dirección de calle		Ciudad	Estado	Código Postal	Condado
_____			_____		
Teléfono (incluya prefijo)			Facsímil (incluya prefijo)		

3. INFORMACIÓN DE LA SILLA DE RUEDAS MOTORIZADA.

A. ¿Fue la silla de ruedas motorizadas o escúter motorizado comprado o arrendado en Nueva Jersey?
 Sí No

Si “No”, ¿donde fue la silla de ruedas motorizada o escuter motorizado comprado o arrendado?

B. ¿Fue la silla de ruedas motorizada o el escuter motorizado comprado o arrendado?

Comprado Arrendado

C. Fabricante: _____ D. Modelo: _____

E. Año: _____ F. Color: _____

G. Características especiales: _____

H. Número de serie: _____ I. Día de entrega: _____

La fecha original de la entrega de la silla de
ruedas motorizada o su escúter motorizado

4. ¿Cuál es el nombre del concesionario dónde compró su silla de ruedas motorizada o su escúter motorizado?

Nombre

Dirección de calle Ciudad Estado Código Postal Condado

Teléfono (incluya prefijo)

5. ¿Cuál es el nombre de la compañía a la que usted hace sus pagos mensuales?

Nombre

Dirección de calle Ciudad Estado Código Postal Condado

Teléfono (incluya prefijo)

Si lo compró, por favor dé el número de cuenta: _____ .

6. ¿Compró su silla de ruedas motorizada o su escúter motorizado con una receta médica? Sí No

7. ¿Su silla de ruedas motorizada o escúter motorizado, los compró o los arrendó a través de Medicare/Medicaid u otro seguro médico? Sí No

Si dijo que "Sí" por favor ponga el nombre del grupo que está haciendo los pagos por usted.

Nombre

Dirección de calle Ciudad Estado Código Postal Condado

Teléfono (incluya prefijo)

8. **INFORMACIÓN DE FINANZAS** (Revise su contrato de compra o alquiler por la cantidad apropiada.)

Cantidad de dinero pagado al tiempo de compra incluyendo: depósito y concesión de cambio: _____

Otros cargos: pagos de alquiler¹ y el costo de modificaciones² + _____

A. Gasto total = _____

Cantidad de dinero pagado al tiempo de compra incluyendo: depósitos y concesiones de cambio: _____

Cantidad de dinero pagado hasta hoy (paga mensual) x número de meses: + _____

Menos rebajas: - _____

B. Pago total: = _____

¹ Por favor adjunte fotocopias de cargos de renta que usted está reclamando. Usted tiene que enseñar pruebas de que usted pagó por los costos que usted está reclamando.

² El costo de cualquier opción u otros cambios, instalados o hechos por el fabricante o su concesionario dentro de los 30 días después del día original de entrega.

9. INFORMACIÓN DE REPAROS

A. Describa brevemente el/los defecto(s) que substancialmente afectan el uso, valor o seguridad de su silla de ruedas motorizada o de su escúter motorizado.

B. ¿Cómo estos defecto(s) sustancialmente afectan el uso, valor o seguridad de sus sillas de ruedas motorizada o su escúter motorizado?

C. ¿Es este defecto el resultado de su abuso, negligencia o modificaciones o alteraciones sin autorización?

Sí No

D. ¿Ha notificado al fabricante o al concesionario autorizado del defecto, por correo certificado con recibo de retorno?

Sí No

Si contestó que "Sí," por favor provea la fecha del recibo de retorno: _____

E. ¿Fue la silla de ruedas motorizadas o el escuter motorizado reparado por alguien otro que el concesionario autorizado? Sí No Si contestó que "Sí", ¿Dónde? _____

¿Fueron las reparaciones autorizadas por el fabricante o el concesionario? Sí No

F. ¿Cuál fue la fecha que por primera vez llevó su silla de ruedas motorizada o escuter motorizado al concesionario/fabricante para reparar el defecto? _____

G. Si su silla de ruedas motorizada o su escuter motorizado experimentaron uno o más defectos, ¿estuvieron fuera de servicio por razón de reparaciones por un total de más de 20 días? Sí No

H. Enumere cronológicamente los intentos de reparo:

Defecto	Fecha dentro	Fecha fuera	Días sin servicio
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

10. INFORMACIÓN ADICIONAL

A. ¿Ha participado usted en arbitración por los defectos por los cuales está pidiendo ayuda? Sí No
Si contestó que "Sí" ¿Cuál fue el día de la arbitración final? _____

B. ¿Aceptó usted la decisión? Sí No Si contestó que "Sí" por favor explique y dé el estado actual.

Yo certifico que el fabricante/concesionario no me ha dado todavía ningún dinero de vuelta ni reemplazamiento, y que todas las declaraciones hechas en conexión con mi petición por una resolución de disputa son verdaderas, con mi mejor conocimiento.

Yo sé que solo puedo participar en la resolución de disputa una vez acerca de la silla de ruedas motorizada o el escuter motorizado, y que aplicaciones en el futuro no serán aceptadas una vez que una decisión final se haya dado en este caso. Yo también certifico que no se ha dado una decisión en la Corte Superior acerca de esta demanda.

Yo certifico que las declaraciones hechas por mí aquí son verdaderas. Yo sé que si algunas de estas declaraciones hechas por mí son falsas con mi conocimiento, estoy sujeto a castigo. Yo le doy permiso a la División de Asuntos del Consumidor de Nueva Jersey para mandar este formulario de queja a la compañía o aquellas partes que están interesadas y para que use esta información en cualquier modo que sea necesario.

Firma

Fecha

Por favor indique cualquier preparativo especial que tiene que ser necesario para una audiencia con la Ley de Limón de Sillas de Ruedas Motorizada como parqueo, acceso al edificio, etc.

Si usted todavía no lo ha hecho, por favor adjunte copias legibles (**no mande originales**) de lo siguiente:

- Cartas de oportunidad de reparos al fabricante o al concesionario
- Ordenes de trabajo/facturas de reparos
- Toda la evidencia revelante de intentos de reparos.
- Factura de venta
- Orden de compra
- Acuerdo de finanzas
- Acuerdo de arrendamiento
- Pago de alquiler
- Información de Medicare o Medicaid o seguro de enfermedad
- Copia de receta si compró la silla de ruedas motorizada o el escuter motorizado con Medicare, Medicaid o seguro de enfermedad.

=====

Para Uso de Oficina Solamente

WLL número de caso _____ Asignado a _____

Fecha aceptado _____ OAL número de registro _____

Fecha completado _____ Aprobado por _____